Nr. 17. W Krakowie, dnia 28 Kwietnia 1877 r. Rok XVI.

BIURO REDAKCYI
Ulica Grodzka Nr. 73.
ADMINISTRACYJA
Ulica Szewska Nr. 207.
Ekspedycyja miejscowa w księg. St. Krzyżanowskiego Rynek główny Nr. 30.

Przedpłatę przyjmują: 1) Administracyja; 2) Ajencyje obok wymienione; 3) w Król. Polskiém i w Ces. Rosyjskiém Urzędy poczt.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

wychodzący pod redakcyją

Prof. Dra L. Blumenstoka.

Wychodzi co sobota w objętości 1—1½ arkusza.

Rękopismy zwracają się tylko w skutek wyraźnego zastrzeżenia.

Ajencyje główne: w Warszawie w księgarni *Gebethnera* i *Wolffa*, w Poznaniu w księgarni *M. Leitgebra* i Wsp.

Cena Przeglądu Lekarskiego wynosi: w Krakowie: rocznie złą 6, półrocznie 3, kwartalnie 1·50 w Ces. Austryjackiém: 6·60, 3·30, 1·80; w Ces. Niemieckiém: 14, 7, 3·50 marek; w Królestwie Pol. i Ces. Rosyjskiém, a mianowicie: w Warszawie: rocznie 5 Rsr. półrocznie 2½ Rsr. na Prowincyi: 6 i 3 Rsr. — Cena ogłoszeń, które przyjmuje Redakcyja wynosi: Za wiersz drobny (petit) lub miejsce tegoż po 5 ct. Numer pojedyńczy kosztuje 15 ct.

I. Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych Prof. Dra Rosnera.

Rzadki przypadek przepukliny przeponowéj *).

Podał Dr. Ferdynand Obtułowicz,
Asystent téjże kliniki.

Korzystając z kilkudniowéj na naszéj klinice obecności chorego z ciekawym i rzadkim obrzękiem w okolicy bocznéj klatki piersiowéj po stronie lewéj, pospieszam z ogłoszeniem opisu jego cierpienia, zwłaszcza, gdy cierpienie dla którego przybył do naszego zakładu, jako nieznaczne, bo ograniczające się do bolesnego obrzęku gruczołów w okolicy pachwinowéj prawéj bez jakiegokolwiek owrzodzenia na częściach płciowych, niedługo go w zakładzie naszym zatrzyma. Otóż obraz chorobowy, jaki nam ten chory przedstawia:

Mężczyzna wzrostu wysokiego, lat 27, dobrze zbudowany i odżywiany, okazuje w dolnéj połowie bocznéj okolicy klatki piersiowéj obrzęk okrągławy, który dochodząc do wielkości niemal na pół przeciętéj główki dziecka wypukla skórę po nad poziom sąsiednich żeber. Obrzęk ten jest otoczony dookoła tkanką bliznowatą, mającą postać jużto smug, jużto dołków zaklęśniętych, szczególniéj na granicy górnéj wspomnianego obrzęku, gdzie uwydatniają się trzy dołki odgrodzone od siebie szerokiemi wstęgami skóry prawidłowéj, a dołki te są tak zagłębione, że w nich wygodnie koniec palca zmieścić się może. Nadto sam obrzęk na swéj powierzchni przerznięty jest smugami tkanki bliznowatéj, na 1 cm. szerokiemi, tworząc odwróconą głoskę y. Na granicy przodkowéj obrzęku widać również w obszarze blisko dwóch dłoni nieregularną białą powierzchowną bliznę z mnóstwem drobnych czarniawych punkcików, odpowiadającą w zupełności obrazowi, jaki nam przedstawia wygojone oparzenie w skutek wybuchu prochu strzelniczego. Obrzęk ten bierze żywy udział w ruchach oddechowych klatki piersiowéj, zwłaszcza w swéj połowie przodkowéj, która się wypukla przy głębokim wydechu, a zapada przy wdechu. Wydatném jest również pewnego rodzaju falowanie przodkowéj połowy obrzęku równocześnie z tętnem, które łatwo wyczuć można tamże przyłożywszy rękę. Już samo oglądanie a tém bardziéj dotyk poucza nas, że obrzęk ten nie jest w całości swéj zupełnie jednostajnym, lecz że niejako z dwóch połówek się składa, z których przodkowa jest nadzwyczaj podatna i miękka, w ogóle robi wrażenie ściany miękkiéj ograniczającéj jakąś jamę; podczas gdy druga połówka jest zbitą, nie wypukla się tak widocznie i nie zapada przy ruchach oddechowych, a chory doznaje przy macaniu właściwego uczucia nieprzyjemnego, lecz ani bólu, ani łechtania. Kształt téj części obrzęku jest okrągławy, a w samym odcinku górnym na brzegu jego tylnym wyczuć można wybitnie przez powłoki miękkie jakby brózdę dość głęboką wrzynającą się w sam miąższ narządu tu ułożonego. Wymiary całego obrzęku wynoszą w kierunku poziomym 15 cm., pionowym 10 cm.; połówki zaś tylnéj zbitéj wymiar w kierunku poziomym wynosi 10 cm., a w kierunku pionowym 8 cm. Przy śledzeniu bliższém granic samego obrzęku napotykamy ubytek części kostnéj kilku żeber, tak że z przodu i z tyłu obrzęku można bardzo wydatnie wymacać końce zaokrąglone żeber 6, 7, 8 i 9go, które to odcinki tworzą z przodu łukowate ograniczenie tegoż obrzęku, wklęsłością swą zwrócone ku linii pachowéj. Sam brzeg dolny żebra 5go okazuje nierówności tuż ponad obrzękiem, jakby wręby pochodzące od częściowéj utraty istoty kostnéj żebra; w wrębie tym zmieścić się może wygodnie koniec palca wskazującego,

Odgłos wypukowy ponad częścią przodkową obrzęku jest bębenkowy, jak nad żołądkiem lub jelitem grubém, podczas gdy przy opukiwaniu lekkiém części tylnéj słyszeć się daje wypuk wyraźnie stłumiony.

Przysłuch wykazuje w części przodkowéj obrzęku bardzo wyraźne uderzenia serca i tony sercowe, nadto wyraźnie udzielone, bo jakby z głębi pochodzące szmery oddechowe i kruczenia, jakie się słyszy osłuchując żołądek lub jelita; gdy zaś choremu każemy się napić wody, to wyraźnie słyszeć można pluski amforyczne, jak gdyby krople wody spadały do pustéj beczułki. Po sutym obiedzie i wypuk bębenkowy ponad częścią przodkową obrzęku staje się krótszym, jakoteż pluski amforyczne nie mają tego metalicznego dźwięku, jak na czczo.

Badanie dokładne reszty klatki piersiowéj, jakoteż narządów w jamie brzusznéj umieszczonych, ile możności streszczone, wykazuje co następuje:

Porównywając obie połowy klatki piersiowéj z przodu widzimy wcale wybitne przypłaszczenie w części górnéj po stronie lewéj, a cała strona lewa nie bierze ta

*) Patrz rozprawy nad tym przypadkiem w Nrze 15 Przegl.

żywego udziału w oddychaniu, jak strona prawa. Odgłos wypukowy po stronie lewéj nieco krótszy; stłumienie sercowe poczyna się od górnego brzegu żebra 4go; uderzenie serca widoczne i łatwo wymacalne w 5tém międzyżebrzu na wewnątrz nieco od brodawki piersiowéj zniekształconéj skutkiem zbliznowacenia skóry pokrywającéj obrzęk. W linii pachowéj poczyna się wydatne stłumienie odgłosu wypukowego już od żebra 4, tj. na 2 cm. przeszło powyżéj tylnéj zbitéj połówki opisanego guza. Z tyłu odgłos wypukowy po stronie prawéj jawny i pełny w rozmiarach prawidłowych, po stronie lewéj od kąta łopatki zupełnie stłumiony. Osłuchiwanie wykazuje po stronie prawéj zupełnie prawidłowe szmery oddechowe, po stronie lewéj tony serca prawidłowe, a szmery oddechowe tylko w rozmiarach odgłosu wypukowego jawnego lub nieco krótszego, również prawidłowe, w miejscach zaś, gdzie odgłos wypukowy jest stłumiony, słychać zaledwie udzielone szmery oddechowe.

Nadto wypuk w linii pachowéj po stronie lewéj poniżéj tylnéj połówki obrzęku nie wykazuje stłumienia, któreby odpowiadać mogło śledzionie, a odgłos wypukowy bębenkowy ponad częścią przodkową obrzęku przechodzi wprost w odgłos bębenkowy żołądka (na granicy łuku żebrowego) i jelit. Zresztą stosunki narządów są zupełnie prawidłowe. Chory ma apetyt wyborny, nie gorączkuje wcale i zdolnym jest do wszelkiéj pracy.

Już to samo badanie bez wywiadów powziętych ze strony chorego przekonywa nas dostatecznie, że mamy tu do czynienia z nieprawidłowém ułożeniem części żołądka i śledziony które to narządy dzięki znacznéj utracie części kostnéj 5 żeber ułożone są tuż pod skórą i tkanką podskórną, po części z nią pozrastane, za czém znaczne smugi bliznowate przemawiają, i wystérczają zwłaszcza przy silniejszych ruchach oddéchowych ponad poziom sąsiednich żeber wypuklając cieńkie powłoki je osłaniające.

Zdanie to staje się tém pewniejszém, ile że w zupełności zgadzają się z niém i jak najmocniéj je popierają wywiady powzięte od chorego, które brzmią, jak następuje:

W r. 1873 dnia 3 maja wieczorem Stefan Krajcsovich z Verbo na Węgrzech pełniąc służbę strażnika finansowego w Tapoczy wielkiéj miał być z nader bliskiéj odległości ugodzonym od przemytnika kulą karabinową w samą brodawkę piersiową po stronie lewéj. Kula strzaskawszy kilka żeber wyszła na 4 palce poniżéj kąta łopatki lewéj tuż po za liniją pachową tylną, w odległości 15 cm. od brodawki, gdzie dotąd widać bliznę w rodzaju dołka zaklęśniętego. Kierunek rany postrzałowéj był niemal poziomy, jak to uwidocznia linija łącząca brodawkę zbliznowaciałą z dołkiem powyższym. Że postrzał padł z nader bliskiéj odległości świadczy za tém i blizna powierzchowna z czarnemi punkcikami powyżéj już opisana. Chory natychmiast upadł bez przytomności, przeleżał zaniesiony na łóżko noc całą w takim stanie, a obudziwszy się nazajutrz pluł krwią i czuł wyraźnie trzeszczenie podruzgotanych żeber. Krwotoki płucne miały ustąpić po 2 dniach. 8go zaś maja przedsięwzięto usunięcie odszczepów żeber w ranie się znajdujących, przyczém ogładzono końce żeber mających nadal w ranie pozostać. W dwa dni po tym rękoczynie zauważył chory, że z otworku położonego na 2 cm. ku zewnątrz od brodawki piersiowéj wypływało po zjedzeniu mleko, wino czerwone, jaja na miękko ugotowane, jakoteż uchodziły z sykiem gazy szczególniéj po napiciu się wody sodowéj; że więc istniała tak zwana przetoka żołądkowa. Chory jednakowoż stanowczo twierdzi, że wtenczas jeszcze nie zauważył tego zbitego obrzęku, który obecnie tylną połówkę całego obrzęku stanowi i w linii pachowéj dostrzedz się daje z taką łatwością. Następnie okazała się potrzeba przedsięwzięcia rękoczynu jeszcze po raz 2gi i 3ci z powodu oddzielających się kawałków żeber. Dopiero po 3cim rękoczynie, przy którym operator poprowadził cięcie kształtu litery y dotąd smugami bliznowatemi uwydatnione, zauważył chory powyżéj opisaną tylną część obrzęku, kształtu i wielkości śledziony, nieco większéj od śledziony prawidłowéj.

Chory opuściwszy w dniu 17 sierpnia 1873 r. szpital wojskowy z otwartą jeszcze przetoką żołądkową i niezagojonemi ranami pooperacyjnemi leczył się daléj w domu, a w zimie z r. 1873 na 1874 doczekał się wreszcie pożądanego wyniku, tj. że przetoka żołądkowa sama się zagoiła, liczne kawałki żeber powychodziły lub zostały powyciągane, poczém wszystkie rany się zabliźniły. Od tego czasu chory czuje się zupełnie zdrowym, lubo blizna w dołkach leżących w linii pachowéj po trzykroć jeszcze pękała i znów się po krótkim czasie zabliźniała.

Wszystkie szczegóły przytoczone co dopiéro przekonywają nas dostatecznie, że mamy tu do czynienia z przepukliną przeponową, a w worku przepuklinowym mieści się znaczna część żołądka i cała śledziona. Pytanie jednakowoż zachodzi, czy worek przepuklinowy wysłany jest nader rozcieńczoną przeponą, czy téż przepuklina ta jest w scisłém słowa tego znaczeniu przepukliną przeponową, to jest, że przez sztuczny otwór w przeponie wysunęła się część żołądka wraz ze śledzioną do jamy opłucnéj lewéj i tutaj przyrosła do poszarpanéj ściany klatki piersiowéj; po wypiłowaniu zaś kawałków żeber 5ciu (od 5—10), zawartość worka przepuklinowego uwydatniła się tém bardziéj wypuklając skórę obecnie ją powlekającą.

Ponieważ niestety brak nam bliższych danych, szczególniej zaś dokładnéj historyi kilkakrotnie przedsiębranych rękoczynów chirurgicznych i następnego przebiegu choroby, przeto nie pozostaje nam nic innego, jak tylko rozumowanie poparte szczegółami powziętemi z wywiadów i i obecnego stanu chorobowego.

Otóż przychylając się do zdania, że mamy tu do czynienia z przepukliną przeponową w dalszém słowa tego znaczeniu, czyli raczéj z nieprawidłowém ułożeniem żołądka i śledziony, jednakowoż zawsze jeszcze poniżéj resztek mocno zcieńczałéj przepony uczepionéj w wysokości 4 żebra, możemy sobie cały stan chorobowy w następujący sposób wytłumaczyć: Badany otrzymawszy postrzał w samą brodawkę piersiową, przyczem kula biegnąc w kierunku niemal poziomym i strzaskawszy kilka żeber przeszyła odcinek klatki piersiowéj, przebył zapalenie opłucnéj; po otwarciu bowiem jamy opłucnéj łatwo powietrze tamże dostać się mogło a skutkiem znacznego zdruzgotania żeber i części miękkich również krew w znacznéj może ilości do jamy opłucnéj napłynąć musiała. Prawdopodobnie i płuco samo doznało lekkiego skaleczenia, a za tém przemawiają małe krwotoki płucne utrzymujące się przez dni kilka, jak to sam chory podaje. Krew i powietrze znajdujące się w jamie opłucnéj, następnie zaś wypocina ropiasta wytworzona przez oba te silne bodźce ugniotły płuco lewe, które skurczyło się usuwając się ku kręgosłupowi, jak to się zazwyczaj dzieje przy wysiękach znaczniejszych w jamie opłucnéj powstających lub przy wniknięciu powietrza do tejże jamy; nadto i serce zostało wypartém ku stronie prawéj. W ślad za usuwającém się płucem posunęła się wyżéj i przepona a to pod naciskiem tłoczni brzusznéj; w miarę zaś, jak wypocina zwolna ulegała wessaniu, płuco znów się nieco rozszerzyło, serce wróciło do ułożenia niemal zupełnie prawidłowego, przepona zaś nie zstępowała już niżéj, gdyż przeszkadzały jéj przyczepienia nowo wytworzone w miejscu, które obecnie niezwykły obrzęk zajmuje, a przyczepienia te tém łatwiéj

wytworzyć się mogły, o ile że znaczna część klatki piersiowéj była poszarpaną i po usunięciu odszczepów żeber powoli ulegała zabliźnieniu. Po usunięciu ściany kostnéj klatki piersiowéj przez wypiłowanie częściowe 5 żeber ulegała tém łatwiéj zcieńczeniu część przepony tak wysoko uczepiona, pod naporem tłoczni brzusznéj, gdyż nie stawiały już zapory łuki żebrowe, a tak zwolna wytworzył się worek przepuklinowy zawierający śledzionę i żołądek, w skład którego jednak wchodzi i przepona nadzwyczaj rozcieńczona; gdyż nie może ona żadną miarą posiadać prawidłowéj grubości, ani prawidłowego napięcia, w takim razie bowiem nie możnaby było tak dobrze i z taką łatwością wymacać śledziony, a nawet ująć ją w całości, ani też nie możnaby mieć tego uczucia, jak gdyby śledziona tuż pod skórą leżała.

Że w istocie przepona nadzwyczaj rozdęta i ścieńczała może wyścielać worek przepuklinowy, potwierdza przypadek opisany przez J. L. Petita (Bardeleben, *Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre,* III Bd. s. 910. Berlin 1872.), w którym oględziny pośmiertne wykazały przepuklinę przeponową wsuwającą się w postaci walca na 4 cale w jamę opłucny lewéj, a worek przepuklinowy utworzony był nie tylko przez opłucną i otrzewną ale i samą przeponę nadzwyczaj zcieńczałą.

Przy tego rodzaju tłumaczeniu obrazu chorobowego należałoby przypuścić, że przetoka żołądkowa wytworzyła się zwolna czy to skutkiem przedziurawienia przepony i przylegającéj przedniéj ściany żołądka jakim drobnym odszczepem żebra, oczywiście nie zaraz po postrzale lub rękoczynie pierwszym lub też skutkiem nadżarcia ropy nagromadzonéj w jakiéj małéj zatoce; chory bowiem podaje, że dopiéro w kilka dni po wypiłowaniu żeber po raz pierwszy podjętém pojawił się maleńki otworek na 2 cm. ku zewnątrz od brodawki piersiowéj, którym pokarmy płynne wypływały. Już wtenczas przednia ściana żołądka musiała znajdować się w wysokości 4go żebra i być przyczepioną do obecnéj blizny, skoro przebicie żołądka nie sprowadziło znacznego oddziaływania ze strony otrzewnéj; chory również nie przypomina sobie wcale groźnych objawów zapalenia otrzewnéj.

Za tłumaczeniem tego rodzaju całego obrazu chorobowego przemawiałby obecnie najbardziéj może ten kwitnący stan zdrowia badanego, jakoteż brak wszelki najmniejszych dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego obok znakomitego apetytu, jakim badany nasz poszczycić się może. Brak tu wszelkiego pierścienia uciskającego żołądek, jak to się w przepuklinach w ścisłém tego słowa znaczeniu nieraz zdarza, brak jakiegokolwiek ucisku bocznego ze strony przepony odgrywającéj tak znakomitą rolę w ruchach oddechowych.

Zarówno jednak jasno i zgodnie ze szczegółami historyi choroby i obecnego badania chorego tłumaczy nam powstanie przepukliny przeponowéj następne rozumowanie, które zalicza przepuklinę tę do rodzaju przepuklin przeponowych w ścisłém słowa tego znaczeniu. Przy postrzale, który zrządził tak znaczne spustoszenia nie tylko w częściach miękkich bocznéj okolicy klatki piersiowéj, ale i w częściach jéj kostnych łatwo nastąpić mogło obrażenie przepony, jeżeli już nie przez samą kulę w chwili wydechu, to przynajmniéj przez odszczepy kostne. Przez szczelinę w ten sposób powstałą nie dostały się jednak natychmiast trzewa brzuszne do jamy opłucnéj, bo następstwem podobnéj sprawy jest nagłe uwięzgnięcie przepukliny przeponowéj i prawie zawsze śmierć chorego. Szczelina ta mogła nawet chwilowo się zabliźnić i dopiéro pod naciskiem tłoczni brzusznéj wypuklać się coraz bardziéj, lub też szczelina ta niezabliźniona rozszerzała się coraz to mocniéj pod naporem trzew brzusznych, i w ten sposób zwolna wytworzyła się prawdziwa przepuklina przeponowa, która uwidoczniła się tém lepiéj, gdy część łuków żebrowych przez wypiłowanie usunięto. Szczelina rozszérzona w znaczny otwór nie uciskała potém trzew z tego zwłaszcza powodu, że mięsień przepony straciwszy skutkiem wypiłowania 5 zeber silny punkt przyczepienia (chociaż przyczepów przepony przy wypiłowaniu nie trzeba było oddzielać) pozostał w pewnym stopniu zwiotczenia po stronie lewéj.

Za tém tłumaczeniem przemawia szczególniéj z obecnego obrazu chorobowego łatwość w wymacaniu brzegów śledziony, w ujęciu jéj w całości, nadzwyczaj cieńka ściana stanowiąca przodkową część obrzęku i należąca do żołądka, nadto łatwe powstanie przetoki żołądkowéj, skoro żołądek bezpośrednio do ściany poszarpanéj klatki piersiowéj przylegał. Co do udziału w ruchach oddéchowych, to z powodu tak znacznie zmienionych stosunków ułożenia tych trzew, jakoteż zmian chorobowych przepony saméj w każdym razie, żadnego zeń wniosku na korzyść pierwszego lub drugiego zapatrywania wyciągnąć nie podobna.

Tego rodzaju tłumaczenie obrazu chorobowego w naszym przypadku doznaje również poparcia ze strony literatury odnoszącéj się do przypadków przepuklin przeponowych, a z pominięciem wielu innych pozwolę sobie przytoczyć przypadek opisany również w podręczniku do Chirurgii napisanym przez Bardelebena (Tom 3, str. 910). Pewien robotnik doznał przy zasypaniu złamania 5 żebra prawego w samym jego środku; wkrótce potém począł się uskarżać na duszność i silne bóle w prawéj połowie klatki piersiowéj; rozpoznano *Pneumo-Hydrothorax.* W 14 dni nastąpiła śmierć wśród objawów duszności, a przy oględzinach pośmiertnych znaleziono przeponę po stronie lewéj wysuniętą do wysokości 5go żebra, w prawéj zaś jamie opłucnéj jelito grube, które się wsunęło przez szczelinę w przeponie, nadto niemal cały zraz wątroby. Przepuklina ta nie miała żadnego worka osobnego, nie można było również wyśledzić żadnych zrostów.

W naszym przypadku trudno stanowczo oświadczyć się za pierwszym lub drugim rodzajem tłumaczenia opisanego powyżéj zjawiska chorobowego, lepiéj wyświecić go może zdołają dokładniejsze szczegóły samych rękoczynów chirurgicznych, jakoteż dalszego przebiegu choroby. W każdym razie przypadek ten należy do wyjątkowych w literaturze lekarskiéj.

II. Zapiski kazuistyczne.

Podał Dr. Ż. Krówczyński we Lwowie.

I. Framboezyja.

(Dokończenie.)

Przystępując do pierwotnego zadania powtórzymy, że definicyja Framboezyi podana przez Sauvagesa da się zastósować w zupełności do opisanego przypadku, bo znajdujemy wybujałości brodawkowate, które są barwy sinawo-czerwonéj (skutkiem zastoju żylnego) i pokrywają skórę nieowrzodziałą. Choroba ta będąc przyrzutową, niewątpliwie mogła się udzielać, a leczenie rtęcią było bardzo skuteczne, jedném słowém przytoczona historyja chorobowa zaspokaja wszystkie wymagania definicyi, a przecież nikt nie będzie poczytywał brodawkowatych wybujałości za jakąś chorobę odrębną, ale każdy przyznać musi, że te wybujałości są tylko objawem kiły, która nie zbyt często taką postać przybiera. Po tém, co dotąd powiedziałem, zdaje mi się, że nie

zadziwi czytelnika przypuszczenie, iż chorobę nazywaną przez starszych autorów „Framboezyją" należy najprawdopodobniéj odnieść do rubryki zmian kiłowych. Mówię „najprawdopodobniéj", bo apodyktycznie tę kwestyję rozwiązać mogą tylko badania geograficzno-patologiczne, czy opisywana na zachodnich wyspach indyjskich, jakotéż w Afryce i Ameryce odrębna choroba, zawsze pod postacią wybujałości przebiegająca, jest wyłącznie kiłą, czy może i inne choroby, w przebiegu których wybujałości powstają, zaliczano do Framboezyi.

Przejdźmy teraz do dowiedzenia, że brodawkowate wybujałości nie tylko bywają objawem kiły, ale że je często napotykamy i w innych chorobach, a przeto, że objaw ten nie powinien znaleźć miejsca w systemie dermatologicznym, a nazwę Framboezyi należałoby, jak radzi Kaposi, zastąpić określeniem *papillomatosum* dołączając je do nazwy choroby, w przebiegu któréj powstają wybujałości brodawkowate.

Według definicyi Sauvagesa nie należą właściwie przypadki, które opiszę do Framboezyi, bo nie mają wszystkich własności przez Sauvagesa żądanych, jak np. nie są przyrzutowe, ani się przy spółkowaniu nie udzielają, a wreszcie nie ustępują przy leczeniu rtęcią.

W piérwotném jednak brzmieniu nie utrzymała się definicyja Framboezyi do naszych czasów, do któréj rozpoznania wystarczają obecnie wybujałości brodawkowate. Opisane poniżéj przypadki mają na celu wykazać, że błędném jest dopiéro co przytoczone zapatrywanie.

Chora*), 20 lat licząca, rodziców miała zdrowych (ojciec zmarł na zimnicę, matka żyje zdrowa). W 2gim roku życia miała 2 ropnie na ręce lewéj, które pozostawiły po dobrowolném pęknięciu mocno ściągnięte blizny. Odtąd miewała wyrzuty skórne na barku, przedbarku i udzie prawém, które powstawały z guzków, powiększały się przez zlanie, ropiały, a wreszcie goiły się zostawiając cieniuchne blizny, zresztą była zupełnie zdrową. Przed 3ma laty dostrzegła na wielkim palcu u ręki prawéj drobne guzki, które powiększając się, ulegały rozpadowi i tworzyły wrzody rozmaitéj wielkości, łatwo krwawiące i wydzielające wiele ropy, a zniszczenie skóry tak postępowało, że w półtora roku palec wielki zupełnie był zniszczony. Po 8 — 10 miesiącach spostrzegła chora, że téj saméj sprawie chorobowéj ulega palec wskazujący, późniéj średni, nareszcie pierścieniowy, a nakoniec mały palec. Równocześnie wytwarzały się guzki na nadgarstku i wewnętrznéj powiérzchni przedbarku i dłoni. Owrzodzenie wreszcie ustąpiło bez leczenia, a miejsce jego zajęła blizna, która ściągając się skrzywiła rękę w stawie przedbarkowo-nadgarstkowym tak, że obecnie jest pod kątem rozwartym ku wewnętrznéj powierzchni przedbarku, a zarazem na zewnątrz pochyloną. Wówczas wystąpiły téż wyrzuty na barku i udzie prawém, późniéj na goleni i stopie prawéj, a najpóźniéj na policzku prawym (od niespełna roku).

W chwili wstąpienia choréj do szpitala, stan jéj był następujący: Osoba dobrze odżywiana, czerstwa, silnie zbudowana. Na policzku prawym skóra od połowy długości żwacza, aż do wewnętrznego kąta ocznego mocno zaczerwieniona, nieco zgrubiała i pokryta jużto łuskami, jużto strupami, pod któremi skóra przedstawia powiérzchowne owrzodzenie wielkości soczewicy do fasoli. Gdzie niegdzie zaś pokrywają strupy lekko przerosłą warstwę brodawkową skóry, nieco sączącą. W środku tego nacieku spostrzegamy czerwonawo-niebieskawą bliznę świéżą, w téj zaś 3 małe guzki mocno czerwone, wielkości prosa, które już podczas obserwacyi się wytworzyły; podobne guzki rozmaitej wielkości znajdujemy i w obwodzie nacieku. Ręka prawa jest zupełnie zniekształcona, cała odnoga mniéj rozwinięta niż lewa, obwód barku o $1\frac{1}{2}''$, a przedbarku o $1''$ mniejszy, niż odpowiedni obwód lewéj odnogi. Zamiast kciuka napotykamy szczątkową część kości z ostatniego członka palcowego, pokrytą skórą, która utrzymuje szczątek paznogcia w postaci cieńkiéj i nieregularnéj płytki rogowéj. Pomiędzy kością śródręczną a szczątkami członka palcowego jest skóra mocno skurczona i zmieniona w bliznę. Ruchy czynne zupełnie niemożliwe, a bierne prawie żadne. Palec wskazujący niemal w $\frac{1}{3}$ części zrośnięty z palcem następnym, równie jak ostatni z pierścieniowym, składa się z całego 1go członka i większéj części drugiego, wszystkie zaś członki palcowe u tej ręki słabiéj są rozwinięte, niż u ręki lewéj. Powiérzchnia palca wskazującego jest pokryta strupami, pod któremi warstwa brodawkowa jest przerosłą; po oddzieleniu strupów powstaje poprzeczna rozpadlina, łatwo krwawiąca, złożona z przerosłych brodawek, a w jéj głębi wyśledzić można zgłębnikiem kość obnażoną, któréj część wyciągnięto przy badaniu kleszczykami. Trzeci palec podobny, posiada na skórze płytkę rogową, jako szczątek paznogcia. Na palcu pierścieniowym i małym zmiany są mniejsze, składają się bowiem z 2go członka i szczątków 3go. Oprócz blizn na nadgarstku i płaszczyznie zewnętrznéj przedbarku z charakterystycznemi guzkami, wielkości ziarn prosa lub soczewicy, żywo czerwonemi, z których niektóre są pokryte łuskami, widzimy tak na zewnętrznéj, jak i wewnętrznéj powierzchni przedbarku głębsze nacieki rozlane, pokryte łuskami, łatwo oddzielić się dającemi, a pod niemi skórę mocno zaczerwienioną, sączącą, lub b r o d a w k o w a t o p r z e r o s ł ą, i w obwodzie nacieku małe guzki, zlewające się miejscami. Takie same zmiany spostrzegamy na łokciu i barku. Tułów jest zupełnie wolny. Na udzie prawém są zmiany podobne, jak na odnodze górnéj, mianowicie na powierzchni wewnętrznéj uda, podobnież na wewnętrznéj powiérzchni goleni. Nad prawym stawem goleniostopowym leży w około blizna rozległa, $2\frac{1}{2}''$ széroka (z czego $1\frac{1}{2}''$ na stopę, a $1''$ na goleń przypada), któréj obwód tworzy wał z bardzo głębokiego nacieku powstały, pokryty grubemi strupami, pod któremi liczne rozpadliny, powstałe skutkiem wybujania tkaniny skóry w postaci igiełkowatych brodaweczek rozmaitéj długości, koloru blado-różowego, lub skóry prawidłowéj. N a j d ł u ż s z e i n a j g r u b s z e b r o d a w k i z n a j d u j e m y n a s p o d z i e s t o p y i w o k o l i c y ś c i ę g n a A c h i l l e s o w e g o, g d z i e d o c h o d z ą d o $\frac{1}{3}$ c a ł a d ł u g o ś c i; pomiędzy niemi znajdujemy ciecz ropiastą, pochodzącą z powierzchownych owrzodzeń skóry, które są rozrzucone między gromadkami brodawkowatych wybujałości. O s t a t n i e w y r a s t a j ą z n i e o w r z o d z o n é j s k ó r y. Odnoga dolna lewa jest zupełnie wolna, z wyjątkiem n a c i e k u p o d o b n e g o, j a k n a s t o p i e p r a w é j, w i e l k o ś c i t a l a r a, n a d k o ś c i ą s k o k o w ą, k t ó r y c a ł y j e s t z a s i a n y b r o d a w k a m i i g i e ł k o w a t e m i, z n a c z n i e j e d n a k k r ó t s z e m i o d t y c h, c o s i ę n a s t o p i e l e w é j z n a j d u j ą.

Bardzo podobny przypadek do opisanego znajduje się obecnie na oddziele, na którym jestem czynnym, z tą tylko różnicą, że wybujałości brodawkowate zajmują znaczniejszą przestrzeń, bo prawie całą przednią i zewnętrzną płaszczyznę goleni prawéj. Rozpoznanie danego przypadku nie przedstawiało trudności; brzmiało ono: *Lupus exfoliat. et exulcer. facici dextrae, tubercul. extrem. infer. sinist. hypertroph. papillom. pedis sinistri et dorsi pedis dextri.* (*Framboësia luposa.*)

*) Przypadek przedstawiony w Tow. lek. galic.

Wprawdzie zniekształcenie palców i utrata członków wraz z kośćmi mogła nasunąć w piérwszéj chwili wątpliwości, które ustąpić musiały po dokładném zbadaniu i to tém bardziéj, że cechujące toczeń guzki znajdowano tak na twarzy, jak i na obu odnogach; a wreszcie, komuby obraz przedmiotowy nie wystarczał do rozpoznania, ten znajdował punkt oparcia w przebiegu i trwaniu choroby. Ztąd bynajmniéj nie wynika, jakoby rozpoznanie tocznia zawsze było łatwém i owszém przedstawia ono tak wielkie niekiedy trudności, że nawet najbieglejsi dermatologowie szukają pomocy w trwaniu i przebiegu choroby, który, jak wiadomo jest znacznie wolniejszym w toczniu, aniżeli w kile, z którą najczęściéj bywa mięszany. Ta trudność usprawiedliwia dziwne niekiedy wymysły lekarzy, które mają służyć do ułatwienia rozpoznania tocznia, do jakich np. należy jakość blizny; te mają być białe, cieńkie i równe po toczniu, gwiazdkowate i ośrodkowo rozgałęzione po zmianach kiłowych, a nierówne, wciągnięte i lejkowate po zmianach zołzowych. Jaką wartość rozpoznawczą mają blizny, to udowodnił Hebra (*Wiener allg. med. Zeitung.* 1861. Nr. 2 i 3.), którego zdaniem w wyjątkowych tylko razach można z jakości, ugrupowania, umiejscowienia i ilości blizn z prawdopodobieństwem domyślać się zmian, które blizny poprzedziły. Równie niewłaściwą jest rzeczą posługiwać się przy rozpoznaniu tocznia ajtyjologiją, o któréj właściwie dotąd nic nie wiemy, bo że toczeń zdarzać się może u zołzowych, to bynajmniéj nie dowodzi, aby zołzy go wywoływały, albowiem nie brakuje spostrzeżeń, w których ani śladu zołzów nie było (do jakich opisany przypadek należy) mimo bardzo rozprzestrzenionego tocznia. O ile usprawiedliwioném jest twierdzenie, że pomiędzy kiłą a toczniem nie ma żadnego związku, co stanowczo twierdzi Neumann na téj podstawie, że szczepienie kiły u chorych z toczniem dawało wypadki dodatne, to wskazują doświadczenia Bouleya i Schneppa (Auspitz: *Syphilitisches Contagium. Wien 1866*), którzy z dodatnim wynikiem szczepili chorych dotkniętych późną kiłą. Z drugiéj strony spotykamy się z twierdzeniem, że kiła i toczeń są w bardzo ścisłym związku, a mianowicie, że często rodzice, którzy kiłę przebyli, tę chorobę pod postacią tocznia dzieciom przekazują. Oba przytoczone twierdzenia wymagają dowodów, a dopóki tych spostrzeżenia nie dostarczą, najwygodniéj przyznać się do tego, że o związku między rozmaitemi zakażeniami krwi a toczniem nic nie wiemy. Ale wróćmy jeszcze na chwilę do cech rozpoznawczych tocznia. Do tych należy zdaniem niektórych lekarzy leczenie na próbę. Przesąd bardzo rozpowszechniony między lekarzami, że w wątpliwych razach o jakości choroby, a zwłaszcza, czy choroba jest kiłą lub toczniem, decyduje leczenie na próbę, pociąga za sobą często bardzo niemiłe następstwa. Okaże się rtęć skuteczną, to wątpliwy przypadek jest kiłą, a jeśli leczenie było nieskuteczne, w takim razie nie ulega kwestyi, że nie jest kiłą. To post hoc, ergo propter hoc ułatwia niestety nawet bardzo trudne rozpoznania. Dwukrotnie spotkałem się z szumném rozpoznaniem *Phthisis syphilitica*, które zrobiono na téj podstawie, że chory przed laty przebył kiłę; aby przekonać się o prawdzie zalecono leczenie przeciwkiłowe, na które chory tém chętniéj się zgodził, bo mu „szankier w gardle“ mocno dokuczał. Tym razem jednak leczenie to na próbę zawiodło, a sekcyja wykazała, że chrypkę należało tłumaczyć owrzodzeniami wiązadeł, a stłumienie odgłosu płucowego rozpadem jego. Do jakich niekonsekwencyj rozumowanie o próbném leczeniu prowadzi, uwidocznię na przykładzie. Th. Veiel (*Vierteljahresschrift für Dermatol. u. Syphil. 1876. 2 Hft.*) np. podaje z bardzo dobrym skutkiem odwar Zittmana w wyprysku ogólnym; tenże sam lek podajemy i przeciwko kile, również z bardzo dobrym skutkiem; a czyż nie naraziłby się ten na śmieszność, ktoby dzisiaj chciał utrzymywać na podstawie skuteczności odwaru, że wyprysk jest objawem kiły.

Nie chcąc zbytecznie nużyć czytelnika, opiszę w krótkości dwa przypadki, które odznaczały się brodawkowatemi wybujałościami, a którym nazwę *Framboësia* nadać mielibyśmy prawo.

M. Z., lat 43, żonaty, ojciec trojga dzieci zupełnie zdrowych, z zawodu urzędnik, w dziecięctwie przebył odrę; odtąd nie chorował. Służąc w wojsku przebył trypra, na który kilka tygodni był leczony w szpitalu wojskowym. Choroba obecna miała wystąpić przed dwoma laty, po poprzednim bolu ócz i wówczas ograniczała się do téj części skóry pośladka, która pokrywa guz kosci siedzeniowéj lewéj. Z jakiego powodu powstała choroba nie wie; zdaje mu się jednak, że mógł ją wywołać energiczném drapaniem, którém poskramiał nieznośne swędzenie, dokuczające najwięcéj w chwili zasypiania. Chory wzrostu średniego, dobrze zbudowany, miernie odżywiany; cera twarzy blada, bł. śluzowe niedokrewne. Gruczoły karkowe i barkowe wcale nie obrzękłe, na piersiach rozległa blizna po sparzeniu. Gruczoły pachwinowe po lewéj stronie ciała powiększone, największy wielkości orzecha laskowego, nie zbyt twarde, niebolesne. Skóra pośladka lewego począwszy od krawędzi kości grzebieniowéj, aż do piérwszéj $^1/_4$ uda, jakotéż z jednéj do stosu kręgowego, a z drugiéj do linii, którą wyobrażamy sobie w przedłużeniu uda ku tułowiowi, pokryta grubą warstwą strupów, w rozmaitych kierunkach popękaną. Gdzieniegdzie zaś brakuje strupa i tam widzimy albo tylko mocno zaczerwienioną i lekko obrzękłą skórę, albo pokrytą cieńkiemi warstwami przyskórka, pod któremi skóra zaledwo lekko zaczerwieniona. Ze szczelin strupa wydobywa się ciecz brudno szarawa, a po zdjęciu onego znajdujemy następujący obraz: Skóra na całéj przestrzeni mocno czerwona, pokryta licznemi brodawkowatemi wybujałościami, przeważnie w gromadkach ułożonemi; gromadki te zajmują rozmaite przestrzenie skóry od wielkości centa do dłoni, a składają się z brodawek u podstawy nieco szerszych a $^1/_4$ cala długości mających. Nie wszystkie brodawki w jednéj gromadce są równéj długości jak i grubości, a pomiędzy niemi znajdujemy resztki cieczy pod strupem się znajdującéj, która pokrywa podstawy silnie czerwonych brodawek. Pomiędzy gromadkami, jak również i rozsianemi brodawkowatemi wybujałościami skóra zaczerwieniona wydziela ciecz surowiczą. Gruczoły w pachwinie prawéj bardzo nieznacznie powiększone, na prąciu żadnéj blizny, na skórze obu goleni widać rozszerzone nieco żyły. Stan wewnętrznych narzędzi prawidłowy. Od kilkunastu miesięcy nie leczył się chory zupełnie, bo mu choroba nie dokuczała i tylko niewygodną była przy siadaniu, przyczém chwilowo ból dokuczał. I obecnie byłby nie żądał rady, lekarz bowiem, do którego się chory w pierwszych chwilach zgłaszał, kazał mu tę chorobę pielęgnować, bo ona odciąga złe soki od ócz, które rzeczywiście od czasu wystąpienia obecnego cierpienia zupełnie go nie bolą. Zmusiła go jednak do tego żona, któréj nie na rękę było zanieczyszczanie bielizny i chciała się upewnić, czy choroba nie udzieli się dzieciom.

Widząc po raz pierwszy te brodawkowate wybujałości i nie znając jeszcze wywiadów, pomyślałem sobie, czy one nie są objawem kiły; zapewniwszy się jednak, że chory nigdy nie był zarażony i nie znalazłszy żadnych zmian, któreby potwierdzały przypuszczenie co do kiły, poleciłem choremu okłady z tłuszczu dla oddzielenia strupów. Przekonawszy się, że tluszcz nie wpływa na zmniejszenie wybujałości (co z góry przewidzieć można było),

chociaż usunął sączenie skóry i sprawił, że wybujałości nie były tak żywo czerwone, jak pierwotnie, zaproponowałem choremu częściowe przyżeganie kwasem octowochlorowym, na co chory bardzo chętnie się zgodził. Nie chcąc choremu wiele bólu sprawiać, wypalałem często a na małych przestrzeniach, zadawalając się najzupełniéj wypadkiem leczenia, które w okresach między przyżeganiem ograniczało się do przykładania przylepca rtęciowego. Po trzynastotygodniowém leczeniu znikły wybujałości, a miejsce ich zajęły lekko przerosłe blizny, które do dnia dzisiejszego niezmiennie się utrzymują.

Umiejscowieniem od przytoczonego przypadku wyróżniał się następujący:

P. G., lat 31, pomocnik aptekarski, nigdy nie chorował, a przedewszystkiem nigdy nie przebywał kiły. Przypomina sobie, że od piérwszéj młodości pociły mu się znacznie stopy a szczególnie pięty. Od kilku lat używał on mięszaniny ałunu ze skrobią przeciwko potom stóp; dowiedziawszy się jednak, że wstrzymanie potów ma bardzo szkodliwie oddziaływać na organizm, zaniechał używania ałunu. Wkrótce jednak ku wielkiemu niezadowoleniu przekonał się, że mu stopy zupełnie się nie pocą z wyjątkiem lewéj pięty. Pocenie się pięty w lecie było tak znaczne, że niekiedy skóra pękała i z pęknięć sączyła się krew; wówczas doznawał chory bólu przy stąpaniu, mimoto jednak nie zasięgał rady lekarskiéj, ale był zadowolony z okazania się potu i z niemiłych jego następstw. Pragnąc to pocenie się utrzymać, nie moczył przez dwa lata (!) nóg obu, aż wreszcie po dłuższym czasie spostrzegł, że pięta mu się „zastrzępiła“ i wyglądała, jak gdyby „powyrastały cienkie brodawki“. I teraz jeszcze pocenie się téj pięty było znaczne, a niekiedy sączyła się krew z pęknięć skóry. Ponieważ stąpanie stawało się z każdym dniem boleśniejsze, postanowił chory zasięgnąć rady lekarskiéj. Obraz pięty w chwili przedstawienia się chorego, był następujący: Cała pięta lewa pokryta bardzo licznemi brodawkowatemi wybujałościami, które u podstawy są szersze, koloru skóry prawidłowéj, a wielkość najdłuższych wybujałości nie przenosi $^{1}/_{4}$ cala. Skrobiąc dłuższy czas po wybujałościach, daje się przyskórek zeskrobać i wówczas spostrzegamy brodawki barwy blado-różowéj wyrastające z prawidłowéj skóry, na któréj prócz tego widać 2 podłużne pęknięcia warstwy przyskórkowéj. Będąc przekonany, że opisany przypadek nie odróżnia się chyba siedzibą od poprzedzającego, zaproponowałem przyżeganie, które uwieńczył skutek zupełny, albowiem w miejscu brodawek pozostały bardzo płytkie blizny. Zapewne, że ciekawą byłoby rzeczą badanie drobnowidowe w dwóch ostatnich przypadkach, którego przedsiębrać już dlatego nie mogłem, że żaden z chorych na wycięcie zajętéj skóry pozwolić nie chciał.

W obu przypadkach kierując się zdaniem Kaposiego rozpoznałem *Dermatitis papillomaformis*, przypuszczając, że w piérwszym przypadku zalegająca wydzielina wypryskowa skóry była przyczyną wybujałości, a w drugim drażnienie powstające skutkiem zalegania i rozkładu potu. I w obu dopiéro co przytoczonych przypadkach, równie jak w przypadku opisanego tocznia, brodawkowate wybujałości były znaczne; wątpliwa atoli, czy je należy uważać za chorobę swoistą lub czy mają one cokolwiekbądź wspólnego między sobą, z wyjątkiem wybujałości brodawkowatych. Zestawiając te choroby w przebiegu których brodawkowate wybujałości najczęściéj się pojawiają, a temi są kiła, toczeń, figówka, rybia łuska, wrzody goleniowe, kłykciny śpiczaste etc. widzimy, jak chorobom najróżnorodniejszym nadawano wspólne miano dlatego, że jeden objaw był wszystkim wyliczonym chorobom wspólny, a mianowicie wybujałości brodawkowate.

Badania drobnowidowe Framboezyi okazały, że we wszystkich razach znajdujemy proces chorobowy w utkaniu skóry a przeważnie w warstwie brodawkowéj, czyli, że obraz ten jest przewłoczném zapaleniem skóry z wytwarzaniem tkanki łącznéj, które towarzyszyć może najróżnorodniejszym chorobom.

Reasumując wszystko, co dotąd powiedziałem, mniemam, że słuszném jezt zdanie Kaposiego, który proponuje, aby nazwę Framboesia wykluczyć z układu dermatologii, bo nie oznacza ona choroby odrębnéj, ale jest objawem wielu chorobom wspólnym, a dla określenia wybujałości przyjąć nazwę *papillomatosum*, dodając takową do nazwy choroby.

III. Oceny i wyciągi.

Prof. Fischer we Wrocławiu. **Afazyja z przestrachu.**

Przed kilku laty zestawił Kohts przypadki choroby, które się zdarzyły z przelęknięcia podczas bombardowania Strasburga; jednak przypadku afazyi wówczas nie było. F. leczył dozorcę kolejowego lat 32 liczącego, z powiatu gnieźnieńskiego, który krępowany przez czworo ludzi i duszony powrozem, nie stracił wprawdzie samowiedzy i zdołał na piśmie zdać sprawę ze zdarzenia, jednak słowa nie mógł wypowiedzieć. Czynności zmysłowe i pamięć nie upośledzone; na głowie nie było śladu obrażenia, ani téż nie znaleziono objawów porażenia na twarzy lub odnogach. Po 14-dniowém użyciu bromku potasu i dobrém żywieniu się chory powoli odzyskał mowę. F. wyklucza stanowczo symulacyję. Literatura nie zna podobnego przypadku; jako przypadek przeciwny przytacza F. z historyi syna Krezusa, który pod wpływem niebzpieczeństwa ojcu grożącego odzyskał nagle mowę dawno utraconą, oraz z Pisma św. Zacharyjasza, który gdy jemu i sędziwéj małżonce zwiastowano narodzenie się syna stracił nagle mowę, a późniéj nagle ją odzyskał. (*D. med. Woch.* 1877. Nr. 16.) *L. B.*

Nothnagel i Vallender. **Powstrzymanie napadu padaczkowego.**

O bardzo prostym środku powstrzymania napadu padaczkowego doniósł Nothnagel w 41 Nrze *Berl. klin. Woch. 1876*. Jest nim sól kuchenna, a dowiedział się o tém od pewnéj choréj, która za zbliżaniem się wietrzyka wychodzącego od żołądka i posuwającego się ku górze (wzdłuż nerwu błędnego), połykała każdą razą garść miałkiéj soli kuchennéj i nie podlegała napadowi. Powstrzymywanie napadu w razie wietrzyka poczynającego się u kończyn, mianowicie przez mocne ściśnięcie odnogi, było od dawna znaném; nie znano jednak środka powstrzymania napadu, w razie wietrzyka, mającego źródło nie w obrębie odnóg. Nothnagel skutek ten tłumaczy sobie silném zadraźnieniem czuciowém (*sensible Reizung*), sprowadzoném połknięciem znaczniejszéj ilości soli kuchennéj, dotykającém w połyku i żołądku zakończeń nerwu błędnego, podobnie jak ściśnięcie odnóg wywołuje obwodowe zadraźnienie nerwów czuciowych, które powstrzymuje odruch.

Vallender w Nr. 14 *Berl. klin. Woch.* 1877 opisuje trzy przypadki, w których za pomocą podskórnego wstrzykiwania chlorowodanu apomorfiny zdołał powstrzymać napady padaczkowe, powtarzające się bardzo często. Po dłuższym używaniu tego środka ustępowały nawet zupełnie napady. Ile razy pojawiał się wietrzyk, tyle razy wstrzykiwał czwartą część strzykawki roztworu apomorfinu w stosunku 0·1 do 10·0. Z początku zmniejszała się tylko

siła napadu, później ustawał zupełnie takowy. Skutek był tém pewniejszy, im większy przeciąg czasu oddzielał wietrzyk od napadu. *Dr. J. Świérz* (Skawina).

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Komisyja balneologiczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie III. zwyczajne z dnia 22go marca 1877.

Przewodniczący Prof. Dr. Korczyński. Członków obecnych 26 i jako gość JP. Karol Medwecki.

(Ciąg dalszy.)

9) Dr. Zieleniewski wnosi, aby Komisyja zaliczyła w poczet członków kom. balneol. Dra Rydygiera przewodniczącego w Towarzystwie lekarskiém toruńskiém, stale w Chełmie nad Wisłą (Kulm) zamieszkałego. Na wniosek prof. Dra Piotrowskiego sprawę tę poruczono Wydziałowi

10) Przewodniczący zawiadamia, że Wydział wybrał komitet złożony z Prof. Dra Altha, Dra Ściborowskiego, Dra Szlachtowskiego, Dra Weigla i wnioskodawcy Dra Lutostańskiego w celu roztrząsania przedstawionego przez tegoż memoryjału w sprawie Statutu zdrojowego i projektu do tegoż.

11) Dr. Ściborowski odczytał obszerną rozprawę p. t. „Kilka słów o Zakopaném". (Będzie umieszczoną w Przeglądzie lekarskim.)

W dyskusyi uwydatnia Prof Dr. Korczyński, że nasze górskie miejscowości mają wielką przyszłość z powodu, że leczenie klimatyczne w dzisiejszych czasach w skutek dokładniejszego zapoznania się lekarzy z klimatologiją i klimatografiją, opiera się na ściśle naukowych podstawach i określone jest ścisłemi wskazaniami i przeciwwskazaniami. Z tego powodu w naszych górskich miejscowościach przedewszystkiém należy zbadać stosunki klimatograficzne i stosunki zdrowości i śmiertelności. Tym tylko sposobem nasze tatrzańskie schroniska stać się mogą uzdrowiskami (*Sanatoria*). Wyraża przeto życzenie, ażeby w Zakopaném urządzoną została stała stacyja meteorologiczna, tudzież zebrany został jak najdokładniejszy materyjał co do zdrowotności i śmiertelności mieszkańców. Daléj bierze niejako w obronę Jaszczurówkę, ponieważ Dr. Ściborowski nadmienił, że cieplica Jaszczurowa ma małą wartość leczniczą, gdyż ciepłota wody jest za niska. Wprawdzie zakres wskazań do użycia kąpieli byłby znacznie większym, gdyby Jaszczurówka była cieplicą o wyższéj ciepłocie wody, jednakowoż niska ciepłota wody jest poniekąd właśnie jéj zaletą i nie straciłaby na swéj wartości, gdybyśmy nawet posiadali cieplice o wyższéj ciepłocie. Cieplica Jaszczurowa ma pewne wskazania do zastósowań leczniczych. Kąpiele o ciepłocie 20 — 21° C. silnie podniecają przemianę materyi, co jest bardzo ważnym celem przy leczeniu wielu chorób przewlekłych. Podniecenie przemiany materyi działa szkodliwie, jeżeli powiększenie rozchodów ustroju nie bywa pokryte przez powiększenie dochodów; Zakopane i Jaszczurówka mają właśnie warunki hygijeniczne, klimatyczne i środki lecznicze do powiększenia tych dochodów służące, leczenie więc cieplicą Jaszczurową wywrzeć może zbawienny wpływ na poprawienie upośledzonego odżywienia. Idzie tylko o ściśle określenie wskazań i przeciwwskazań do jéj użycia. Przez tę pracę komisyja balneologiczna może oddać wielkie usługi chorym i w mowie będącym uzdrowiskom.

Dr. Weigel namienia, że lubo nie jest lekarzem, miał sposobność przekonania się, jak korzystnie działa pobyt w Zakopaném na osoby znużone pracą umysłową lub skłonne do katarów. Wybór kuźnic na zakład wodoleczniczy zdaniem jego nie jest bardzo szczęśliwym. Co do cieplicy Jaszczurowéj domyśla się, że odprowadzenie pobliskiego potoka w inne koryto lub wiercenie głębokie mogłoby podnieść ciepłotę wody. Uważając Jaszczurówkę jako miejsce najodpowiedniejsze do założenia zakładu leczniczego sądzi, że jest zadaniem komisyi balneologicznéj wyjednać u Władz ułatwienie przystępu do Jaszczurówki i wskazać właścicielowi sposób powiększenia ciepłoty cieplicy.

Dr. Domański radzi przekonać się o jednostajności ciepłoty cieplicy Jaszczurowéj za pomocą częstego mierzenia ciepłoty wody i sądzi, że takowa jako cieplica naturalna da się użyć do celów leczniczych.

Prof. Dr. Kuczyński mierząc dwa razy ciepłotę wody, znalazł ją zawsze jednakową. Uważa on Jaszczurówkę o ciepłocie 18° R. jako istotną cieplicę, tém bardziéj, że inne źródła tatrzańskie w téj wysokości mają zaledwie ciepłotę 4 — 6° R. Odprowadzenie potoka uważa za bardzo trudne a co do skutku niepewne, zaś wiercenie i kopanie za niebezpieczne. Ponieważ według zdania Przewodniczącego i obecna ciepłota wody jest dostateczną do celów leczniczych, jest zadaniem komisyi balneologicznéj wpłynąć na właściciela P. Uznańskiego, by urządzając zakład leczniczy postarał się o zaludnienie osady, o ułatwienie dostępu i aby wodę z potoka użył na potrzeby zakładu hydropatycznego. Do zdania tego przyłączają się także Dr. Zieleniewski i Dr. Ściborowski.

Po téj dyskusyi komisyja balneologiczna uchwaliła: *a)* prosić komisyją fizyjograficzną o utworzenie w Zakopaném stałéj stacyi meteorologicznéj, *b)* prosić Członka komisyi Dra Ganczarskiego o zbieranie szczegółów statystycznych odnoszących się do zdrowości i śmiertelności Zakopanego i okolic, *c)* utworzyć stałą komisyją zakopańską złożoną z Prof. Dra Kuczyńskiego, Dra Ściborowskiego i Dra Zieleniewskiego, tudzież dwóch członków Towarzystwa tatrzańskiego. Komisyja ta ma obmyśleć środki, aby z Zakopanego i Jaszczurówki utworzyć miejsca do leczenia kąpielowego, dyjetetycznego i klimatycznego.

12) Następnie Dr. Skórczewski odczytał obszerną swą pracę doświadczalną, wykonaną w pracowni fizyjolog. Uniw. Jag. „O wpływie ciepłoty wód lekarskich na szybkość ich chłonienia w przewodzie pokarmowym".

Autor chcąc się dowiedzieć z jaką chyżością wsysane są wody lekarskie w przewodzie pokarmowym, oraz, jak na tę chyżość wpływa ich ciepłota, wykonał szereg doświadczeń na królikach. Sposób, jakiego używał, jest bardzo prosty. Z ilości płynu, jaki znalazł w przewodzie pokarmowym królika zabitego w $^1/_4$ godziny po podaniu znanéj ilości wody, wnioskuje autor o ilości wody wessanéj w tym czasie. Aby oznaczyć, ile płynu znajduje się w przewodzie pokarmowym królika, bez podania wody, zbierał u 10 królików starannie do osobnych naczyń z każdego królika treść z żołądka, z jelita cienkiego i z kiszki ślepéj, każdą z osobna odmierzał, wyżymał przez płótno i tak odmierzał ilość otrzymanego płynu. Przekonawszy się, że ani ciężar ciała do ilości płynu z całego przewodu pokarmowego, ani ilość całéj treści do jéj płynu, nie zostają w żadnym ścisłym związku, obliczył z tych 10 doświadczeń, które na jednéj tablicy zestawia średnią ilość płynu z całego przewodu pokarmowego, na 43·4 cm. sześć. i przyjął ją za podstawę przy dalszych obliczeniach.

Na następnych dwóch tablicach w podobny sposób podał autor wypadek doświadczeń robionych z wodą stu-

dzienną zimną (10° C.) i z wodą studzienną ciepłą (35° C.). W pół godziny po podaniu królikowi średnio 152·5 cm. sz. wody studziennéj zimnéj, znajdował w przewodzie pokarmowym średnio 131·7 cm. sześć. płynu. Ponieważ według poprzedniego bez podania wody znajduje się w przewodzie pokarmowym 43·4 cm. sześć. płynu, przeto 87·3 cm. sześć. płynu należy uważać za pozostałość z podanéj wody, a 65·2 cm. sześć. jako ilość wody wessanéj. W podobny sposób wykonywał doświadczenia z wodą studzienną ciepłą (35° C.), któréj podawał średnio 137·5 cm. sześć.; z obliczenia wypadło, że w pół godziny zostało wessanych 80·6 cm. sześć.

Wśród tych doświadczeń dostrzegł, że w przypadkach, w których podawał mniejsze ilości wody, chyżość chłonienia była większą. Stwierdził to jeszcze osobném doświadczeniem, gdyż podawszy królikowi 200 cm. sześć. wody studziennéj ciepłéj (35° C.) przekonał się, że przez pół godziny zostało wessanych tylko 47·4 cm. sześć. Dlatego we wszystkich doświadczeniach następnych z wodami lakarskiemi podawał każdemu krolikowi 3 razy co 10 minut po 80 cm. sześć. wody, a zabijał w pół godziny po pierwszém podaniu wody.

Wypadki doświadczeń w ten sposób wykonywanych z wodą krynicką zimną (10° C.) i ciepłą (35° C.), z wodą iwonicką zimną (10° C.) i ciepłą (35° C.) zestawił autor w 4 tablice, z których ostatecznie okazuje się, że wody krynickiej zimnéj zostało wessanych w przewodzie pokarmowym królika średnio 59·2 cm. sześć., wody krynickiéj ciepłéj 48·0 cm. sześć., wody iwonickiéj zimnéj 2·9 cm. sześć. (W niektórych przypadkach z wodą iwonicką zimną otrzymywał liczbę ujemną na ilość wody wessanéj, tj. taką, jak gdyby woda iwonicka w tym czasie jeszcze odciągnęła z ustroju pewną ilość cieczy.)

W doświadczeniach tych uwzględniał autor także ciepłotę ciała, którą mierzył w pochwie lub odbytnicy, a powołując się na znane już spostrzeżenia w téj mierze stwierdził, że ciepłota ciała obniża się przez wprowadzenie wody do przewodu pokarmowego w miarę różnicy między ciepłotą wody podanéj a ciepłotą ciała. Przy podawaniu wody ciepłéj (35° C.) obniżała się ciepłota ciała średnio o 1° C., a przy podawaniu wody zimnéj średnio o 2° C.

Porównywając średnie ilości płynu w pojedyńczych częściach przewodu pokarmowego we wszystkich doświadczeniach, gdzie podawano wodę, z takiemiż ilościami, gdy nie podawano wody, możnaby twierdzić, że po podaniu wody ilość płynu we wszystkich częściach przewodu pokarmowego zwiększa się, czyli, że w o d a p o d a n a dostaje się z ż o ł ą d k a do j e l i t a c i e n k i e g o i do k i s z k i ś l e p é j. W szczegółach jednak pojedyńczych doświadczeń znalazł autor dowody przemawiające przeciw temu przypuszczeniu, gdyż w kilku przypadkach znalazł po podaniu wody znaczne zwiększenie płynu w żołądku i w górnéj połowie jelita cienkiego, gdy w pozostałéj części przewodu pokarmowego nie było zwiększenia płynu. W tym celu wykonał na króliku odpowiedni rękoczyn, tj. wsunął w jelito cienkie cewkę szklanną tuż przy ujściu do kiszki ślepéj tak, aby nią mogła odpływać treść jelita. Po półgodzinném spokoju wprowadził królikowi do żołądka 100 cm. sześć. wody studziennéj zabarwionéj na czerwono anilinem, a w trzy minuty szybkim strumieniem przez tę cewkę wylewała się woda czerwona tak, że w kwandrans zebrano jéj 86 cm. sz. Podobny wypadek otrzymał kilkakrotnie. Doświadczenia tego nie uważa jednak za dowód, gdyż ustrój w tym przypadku znajdował się w takich warunkach, jakie nie występują przy zwyczajném piciu wody. Nie rozstrzyga więc téj kwestyi, ale twierdzi, że lubo woda wprowadzona do żołądka zwykle szybko przesuwa się do dalszych części przewodu pokarmowego, to jednak nie jest to zjawiskiem stałém, ale zależném prawdopodobnie od różnych okoliczności. Podobnież nie dostrzegł, czy więcéj przyspiesza się ruch robaczkowy, gdy zwierze pije wodę zimną, aniżeli wtedy gdy pije wodę ciepłą.

Z przeglądu średnich ilości wessanéj wody we wszystkich doświadczeniach okazuje się, że w przewodzie pokarmowym królików chłonienie wód w przeciągu pół godziny odbywa się z chyżością wyrażoną następującym szeregiem liczb: woda studzienna ciepła 80·6 cm. sz., zimna 55·2 cm.; woda krynicka zimna 59·2 cm., ciepła 48·0 cm.; woda iwonicka ciepła 24·0 cm., zimna 2·9 cm. Z tego wysnuwa autor ostateczne wnioski:

1) Różne wody lekarskie z różną chyżością bywają wsysane w przewodzie pokarmowym. 2) Wpływ ciepłoty wody wypitéj dla różnych wód lekarskich jest różny, raz korzystny, innym razem niekorzystny dla jej wsysania. 3) Woda studzienna i woda iwonicka o ciepłocie 35° C. prędzéj bywają wessane, niż o ciepłocie 10° C. 4) Wpływ podniesionéj ciepłoty niekorzystnie działa na chyżość wsysania wody krynickiéj. Wreszcie autor rozebrał wypadki doświadczeń w celu zbadania chyżości dyfuzyi różnych rozczynów soli a porównywając takowe z wypadkami swych doświadczeń dla chyżości chłonienia, wykazał o ile obie te czynności ze sobą się zgadzają i o ile występują w nich pewne różnice, z czego uczynił wniosek, że lubo chłonienie rozczynów soli w przewodzie pokarmowym odbywa się na zasadzie dyfuzyi, to przecież wypadki chyżości chłonienia mogą być odmienne od wypadków chyżości dyfuzyi, gdyż po wprowadzeniu rozczynów soli do przewodu pokarmowego występują różne zmiany tak w całym ustroju, jakotéż w rozczynach wprowadzonych do ustroju, a im zmiany te będą większe, têm wybitniejsze będą różnice między doświadczeniami co do dyfuzyi a chłonienia. W każdym razie doświadczeń na królikach dokonanych autor nie stosuje bezwzględnie do ustroju ludzkiego i twierdzi, że doświadczenia jego mają tylko teoretyczną wartość, i że zadaniem dalszych prac będzie wyjaśnić dokładniéj sprawę chłonienia wód, tak ważną dla fizyjologii i balneoterapii.

(Dokończenie nastąpi.)

V. Wiadomości bieżące.

** **Kraków**, d. 26 kwietnia. Rodak nasz Dr. Wojciech A d a m k i e w i c z, b. asystent fizyjologii w Królewcu, obecnie docent prywatny i lekarz pomocniczy w berlińskiéj Charité napisał obszerną, ściśle naukową i po największéj części na własnych doświadczeniach opartą rozprawę p. t. *Die Natur und der Nachrwerth des Peptons. Eine experimentelle Untersuchung zur Physiologie des Albumins.* Rozprawa ta wyszła u Hirschwalda w Berlinie. 8vo, str. 128. Cena 3 mk.

* **Warszawa**. Szpital miejscowy w K i e l c a c h ma być w tym roku znacznie rozszerzony; na ten cel przeznaczoną jest kwota 15,000 rubli. — W L u b l i n i e otwartém zostało z początkiem roku bieżącego przy szpitalu św. Wincentego ambulatoryjum bezpłatne. *(Kur. Warsz.)*

* **Wiedeń**. Przed wyjazdem swoim z Wiednia cesarz brazylijski zawezwał do siebie prof. S c h e n k a i prosił go o wyjaśnienie obecnego stanu kwestyi szkarłatu siatkówkowego.

* **Berlin**. W d. 4 b. m. odbyło się 1sze posiedzenie zjazdu chirurgów niem. Zagaił je, jak już wspomnieliśmy L a n g e n b e c k, wspominając o stratach, które towarzystwo w roku minionym poniosło; i tak umarli członkowie towarzystwa, słynni chirurdzy: C h e l i u s, S t r o m e y e r, F e r g u s s o n, S i m o n, J a e s c h e. Po ponownem obraniu Lan-

genbecka przewodniczącym, prof. Hueter z Gryfii miał pierwszy wykład o resekcyjach w łokciu, a po nim prof. Busch z Bonn o rakowcu skóry warg i twarzy.

* Trybunał wyższy pruski orzekł, że używanie tytułu doktora nabytego za pieniądze w jednym z uniwersytetów amerykańskich przez osoby, które trudnią się praktyką lekarską dla zysku, na mocy §. 147 ustawy przemysłowéj, może być sądownie dochodzoném i karaném.

* **Lipsk.** Nakładem Breitkopfa i Härtla i pod redakcyją Drów Fehliga i Fritscha wychodzi obecnie nowe czasopismo „*Centralblatt für Gynäkologie*".

* **Paryż.** Na powiększenie Sorbony przeznaczono 3$^1/_4$, a na wybudowanie gmachu dla nowego wydziału przyrodniczego 4$^1/_2$ milijona franków; pod budowę tego gmachu rząd daje bezpłatnie grunt należący do ogrodu luxemburskiego, oraz ponosi połowę kosztów, drugą połowę zaś poniesie miasto.

* **Mianowania i odznaczenia.** Dr. Izydor Schnabel, docent Uniw. wied. mianowany został prof. okulistyki w Insbruku (Jestto jeden z najzdolniejszych młodszych oftalmologów austryjackich, zarówno jak poprzednik jego Mauthner, uczeń Jägera mł., który ciągle jeszcze jest prof. nadzw. we Wiedniu.); Dr. Jan Kundrat, nadzw. prof. anatomii patolog. w Gracu prof. zwyczajnym. — Prof. Jan Wood otrzymał katedrę chirurgii klinicznéj w Kings College Hospital, opróżnioną po zmarłym Fergussonie. — Prof. Jaccoud w Paryżu mianowany oficerem legii honorowéj, a Dr. Rauchfuss, dyrektor szpitala dziecięcego w Petersburgu, rzeczywistym radzcą stanu.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Antoni Mars, sekundaryjusz w szpitalu Maryi Teresy dla chorób kobiecych w Wiedniu, został mianowany sekundaryjuszem w oddziele położniczym szpitala powszechnego lwowskiego. — Dr. S. Mach osiadł w Kańczudze, a Dr. J. W. Dalkiewicz w Tarnowie.—Lekarz pułkowy 1széj kl. Dr. Karol Sorysiewicz przeniesiony w stan spoczynku.

* **Nekrologija.** Znów dwóch lekarzy, Drowie Mérandon i Cintrat padło w Paryżu ofiarą poświęcenia zawodowego, zaraziwszy się u cierpiących na dławiec. — W Petersburgu umarł Dr. Bakon Scharbe, docent med. sądowéj w szkole audytorów wojskowych. — W Peszcie umarł Dr. Samuel Störk, lekarz praktyczny, ojciec prof. wiedeńskiego Karola Störka.

* **Piśmiennictwo lekarskie.** Dr. Alfred von SOKOŁOWSKI: Beiträge zur Lehre von der Behandlug der chronischen Lungenschwindsucht, Berlin 1877, A. Enslin w dużéj 8ce, VIII i 122. (Sprawozdanie podamy w jednym z następnych numerów Przegl.)

Edm LANGLEBERTA: Aforyzmy o chorobach wenerycznych, z 2go wydania z r. 1875 przetłumaczył Dr. Jan Chądzyński, prymaryjusz przy głównym szpitalu lwowskim; z dodatkami: o jodzie ze stanowiska kliniczno-praktycznego; o wstrzykiwaniach podskórnych z dwusinku rtęci; o kile dziedzicznéj. Lwów, nakładem autora, 1876, str. 256. (Ocenę podamy później.)

Mieczysław Dunin WĄSOWICZ: Uiber die Monocyancrotonsäure u. ihre Zersetzungsproducte. Freiburg i B. Ch. Lehman 1877. 8vo, 35 str. (Pracę tę wykonał autor pochodzący z Dobromila w Galicyi w pracowni prof Clausa we Fryburgu i ogłosił jako rozprawę inauguralną celem otrzymania stopnia doktora filozofii na rzeczonéj wszechnicy.)

Dr. M. GAUSTER: Uiber moralischen Irrsinn (moral insanity) vom Standpuncte des prakt. Arztes (Wiener Klinik 1877, 4 Heft, 17 str.) 50 ct.

Autor znany ze swoich wniosków i memoryjałów jest prymaryjuszem w wiedeńskim zakładzie dla obłąkanych a wykład teraz ogłoszony miał w stowarzyszeniu lekarzy dolno-austryjackich; zdaje się atoli, że ogłoszeniem wykładu chciał dostarczyć dowodu, że o wiele łatwiéj jest czynić wnioski ustnie i na piśmie, aniżeli napisać coś naukowego. W wykładzie prymaryjusza niema ani jednéj myśli własnéj; snać G. zadowala się, że myślał już o tém poprzednio — Krafft-Ebing.

Dzieł powyższych nabyć można w księgarni S. A. **Krzyżanowskiego** w Krakowie, przy Rynku głównym, Nr. 30.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie w **Sobotę** (wyjątkowo z powodu posiedzeń Akademii Umiejętności) dnia 5 maja o godz. 5téj po południu posiedzenie zwykłe, na którém: 1) kol. prof. Blumenstok poda swe uwagi nad kilkoma kwestyjami sądowo-lekarskiemi, 2) kol. Skórczewski mówić będzie o oznaczaniu ilości krwi u człowieka w celach klinicznych, wreszcie 3) i 4) koll. Browicz i Wurst okażą niektóre wyroby.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.